Lane Medical Library

Ueber

Ventrofixation des Uterus

bei fixierter Retroflexio.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung der Hohen Medicinischen Fakultät der Königlichen Universität zu Greifswald

am

Sonnabend, den 15. August 1891,

nachmittags 1 Uhr

öffentlich verteidigen wird

Paul Kleemann

prakt. Arzt

aus Mauderode b/Ellrich am Harz.

Opponenten:

Herr Dr. med. Alfred Kruse.

Herr cand. med. Adolf Schneider.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1891.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0263

Meinen Eltern!

Von jeher haben das Interesse des Gynäkologen eine Reihe von Redrodeviationen der Gebärmutter im hohen Grade in Anspruch genommen, gegen die er mit den gebräuchlichen Heilmitteln machtlos blieb. Es waren dies vornehmlich Retroflexionen, die bedingt waren durch starke, strangartige Adhaesionen und die weder durch Einlegen von Pessaren, noch nach Thure Brandt, noch nach B. S. Schultze gebessert werden konnten. Für die betreffenden Patientinnen waren dieselben eine Quelle ununterbrochener Leiden, da sowohl von seiten der verlagerten Gebärmutter als auch von den Nachbarorganen mancherlei Störungen wie unregelmässige, zu häufige und zu starke Blutungen, Kreuzschmerzen, Erbrechen, dyspeptische Zustände und dergleichen ausgingen, gegen die immer und immer wieder beim Arzt Hülfe gesucht wurde. Doch wie schon gesagt liessen dann den Arzt die sonst gebräuchlichen Massnahmen oft im Stich, bis man endlich in neuester Zeit den Versuch machte, diesem Leiden operativ beizukommen.

Der erste Arzt der diesen Weg beschritt, war der Engländer Alexander. Derselbe zog nach Spaltung der äusseren Leistenringe die Enden der Ligam. rotunda hervor, amputierte sie um 3—4 cm und

nähte die Stümpfe in der Wunde fest. Er richtete so durch die Verkürzung der Lig. rot. den Uterus auf. Dieses Verfahren wurde namentlich von englischen und amerikanischen Ärzten geübt und es sprechen recht günstige Publikationen jener für dasselbe.

Weniger Anklang fand die Alexander'sche Operation auf dem Continent. Es wurden ihr mannigfache Vorwürfe gemacht. Einmal war es nicht immer möglich die Ligam. rot. zu finden. Mochten dieselben bei Fettleibigen verdeckt sein, oder waren dieselben zu dünn oder fettig degeneriert, jedenfalls kamen Fälle vor, wo sehr geschickte Chirurgen sie nicht finden konnten, und so diese Operationsmethode illusorisch wurde.

Weiter, selbst wenn man die Enden gefunden hatte, war, sofern Adhäsionen bestanden, die durch das B. S. Schultze'sche Verfahren vorher nicht gelöst waren oder werden konnten, ein Hervorziehen der Lig. rot. und Aufrichten des Uterus unmöglich. Ferner war es vorgekommen, dass dieselben leicht einrissen[1]).

Endlich liess man nicht die grosse Dehnbarkeit dieser Bänder ausser Acht und misstraute dem dauernden Effekt der Operation. Auch war die Furcht nicht unbegründet, durch die Alexander'sche Operation das eventuelle Entstehen einer Leistenhernie

[1]) Gillian. D. I. Report on cases of the Alexander operation.

begünstigt zu haben. Bestätigt wurde all dieses durch eine Reihe von ungünstig verlaufenden Fällen. Von diesbezüglichen Publikationen greife ich die von Kümmel, Küstner und Tischendorff heraus, von denen ersterer die Operation zweimal mit, zweimal ohne Erfolg letztere je zweimal ohne Erfolg gemacht haben. Küstner endlich charakterisierte die Operation durch seinen Ausspruch: „wo Pessare nichts leisten, leiste auch die Alexander'sche Operation nichts", als wertlos.

Dem gegenüber stehen auch günstige Erfahrungen. So berichtet Alexander selbst über eine grosse Reihe von guten Erfolgen, namentlich ist ihm das Auffinden der runden Bänder stets geglückt. Er schiebt ein diesbezügliches negatives Resultat der Ungeschicklichkeit des Chirurgen in die Schuhe. Ferner traten Roux[1]) und Mundé[2]) warm für diese Operation ein und bekämpften die Einwände, die gegen dieselbe gemacht sind. Besonders will Roux die Fälle, in den die Lig. rot. nicht aufgefunden sind, durch zu kurze Incision bedingt sehen. Beide jedoch beschränken die Operation auf die mobile Retroflexio, bei der die gewöhnliche Behandlung nicht zum Ziele führt. Polk-New-York, welcher 52 Alexander'sche Operationen mit gutem Erfolge gemacht hat, schränkt die Indication auch ein, indem er sagt, dass dieselbe in extremen Fällen von Retroflexio nicht genügt.

1) Rev. med. de la Suisse rom. Genève 88 p. 645.
2) Am. Journ. obst. New-York 1888 p. 1291.

Nach all dem scheint mir am objektivsten Hofmeyer in seinen „Gynaekologischen Operationen“ zu urteilen. Derselbe sagt:

„In dem Mangel an absoluter Sicherheit in Bezug „auf den augenblicklichen Erfolg, noch mehr aber „in Bezug auf den bleibenden, besonders auch so„weit er nicht direkt mit der Lage anomal zusam„menhängt, scheint mir die Schwäche der ganzen „Operation zu liegen. Immerhin verdient sie in „schwierigen Fällen ernstliche Beachtung.“

Anfügen möchte ich noch der Vollständigkeit und des Interesses wegen die Modificationen von Casati und Kellogg. Casati macht einen Bogenschnitt, der die beiden äusseren Leistenringe verbindet, zieht die Ligam. rotunda hervor und vernäht sie unter einander und mit der Wunde. Praktische Bedeutung hat diese Methode nicht erworben, denn in der Litteratur findet sich nur ein und zwar der von Casati selbst angegebene Fall.

Kellogg[1]) dagegen macht sehr kleine Incisionen, nicht länger als einen Zoll. Nur eine ganz feine Öffnung wird in die Decke des Inguinalkanals gemacht und die Lig. rot. mit einem Schielhacken herausgezogen. Die Enden der Ligamente werden zusammengebunden. Zwei alles umfassende Silberdrahtnähte schliessen die Wunde. Der Wert dieser Modifikation besteht besonders darin, dass eine lokale Cocainanästhesie für sie hinreicht.

[1]) Kellogg, J. H. Report of 73 cases of Alexanders opération.

Während bei den bis jetzt besprochenen Methoden die Operateure die aufrechte Haltung des retroflektierten Uterus durch Verkürzen der runden Bänder, und zwar extraperitoneal zu erreichen suchten, gehen Bode, Kylie und neuerdings Palmer Dudley von derselben Idee aus, operieren jedoch intraperitoneal nach Ausführung der Laparotomie. Bode[1]) macht die Laparotomie und löst den Uterus aus seinen eventuellen Verwachsungen. Dann sticht er einen Faden in das Lig. rot. ein, knotet ihn leicht, sticht denselben Faden an der Ansatzstelle des betreffenden Ligamentes am Fundus, einen Teil des Uterusgewebes mitfassend, nochmals ein, zieht dann den Fundus gegen den zuerst gelegten Knoten heran und knotet jetzt fest. Dasselbe geschieht selbstverständlich beiderseits. Durch die so entstehende Falte wird das Lig. rot. verkürzt und der Uterus aufgerichtet. Die Einstichstelle in das Lig. rot. muss soweit vom Uterus entfernt gewählt werden, als es der notwendigen Verkürzung entspricht. Wylie[1]) schabt die zur Faltung notwendige Fläche mit dem Messer wund und verbindet sie dann mit drei Seidennähten. Er will auf diese Weise eine bessere Verklebung erzielen. Palmer Dudley[1]) endlich eröffnet die Bauchhöhle und trennt eventuelle Verwachsungen. Der Uterus wird dann von einem Assistenten von der

[1]) Bode, E. Zur operativen Therapie des uterus retroflexus fixatus. Centralblatt für Gynaekol. Leipzig 89. XIII. p. 33—35.

[1]) Americ. Journ. Abtl. New-York 1889 p. 478.

Scheide aus gegen die Bauchwunde gebracht, hierauf mittels einer Scheere von der vorderen Fläche der Peritonealüberzug in ziemlicher Ausdehnung in ovaler Form weggeschnitten. Ähnliche Stücke werden von dem Peritonealüberzug an der inneren Seite der runden Mutterbänder entfernt. Dann werden mit Katgut durch fortlaufende Naht die drei wunden Flächen mit einander vereinigt, sodass nun die runden Mutterbänder stark verkürzt sind und so den Uterus in normaler Lage erhalten, ohne ihn an die Bauchwand zu befestigen.

Vorstehende Operateure erzielen eine normale Stellung des Uterus und vermeiden die den später zu besprechenden und jetzt üblichen Methoden der direkten Verbindung des Uterus mit der vorderen Bauchwand anhaftenden Fehler, nämlich das Entstehen kleiner Abscesse, ziehende Schmerzen und die Behinderung der Blasenausdehnung. Dudley schliesslich hat in zwei Fällen, wo er gezwungen war, zum zweiten Male die Bauchhöhle zu eröffnen, gesehen, dass sich der ventrofixierte Uterus von der Bauchwand entfernt hatte und sich Darmschlingen dazwischen gedrängt hatten, die mit Uterus und Bauchwand verwachsen waren, wodurch bei eintretender Gravidität die Gefahr von Ileus gegeben gewesen wäre.

Dafür jedoch muss man den Methoden von Bode, Wylie und Dudley zum Vorwurf machen, dass sie erstens die spätere Dehnbarkeit der Lig. rot. ausser Acht lassen, dass sie ferner auf die Erschlaffung der

Lig. rectouterina, wodurch eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Retroflexionen herbeigeführt werden, keine Rücksicht nehmen.

Dem letzteren ätiologischen Moment sucht daher Frommel [1]) in Erlangen mit seiner Methode zu begegnen. Derselbe lagert zuerst die Beckenpartie der Kranken sehr hoch, damit die Darmschlingen aus dem Becken heraustreten und die Beckenorgane bequem zugänglich werden. Darauf wurde nach gemachter Laparotomie der Uterus aus seinen Verwachsungen gelöst und stark nach vorn gezogen. Nun werden beide Lig. rectouterina in der Nähe des Abgangs vom Uterus mit je einer Nadel umstochen und an das Peritoneum der seitlichen Beckenwand angenäht. Hierdurch werden die Bänder straff gespannt und der Uterus in normaler Lage gehalten. Ein besonderer Vorteil dieser Methode besteht darin, dass der Uteruskörper beweglich bleibt und die hauptsächlich durch die jeweiligen Füllungszustände der Blase bedingten Lageveränderungen besser ausführen kann, als bei der später zu besprechenden Ventrofixation. Leider kann sich Frommel erst auf einen Fall stützen. Jedoch war, trotzdem die Fixierung der linken Douglasfalte durch die zu frühe Resorption der Katgutnaht keine dauernde wurde, ein Jahr nach der Operation der Uterus in normaler Lage zu finden. Die Operation würde danach, bei anderem Nahtmaterial und, wenn

[1]) Central-Blatt für Gyn. 1890.

ein Wiedererschlaffen der Lig. rectouterina ausbleibt, nicht zu verwerfen sein. Doch fehlen, wie gesagt, Erfahrungen darüber.

Die jetzt zu besprechenden Operationsmethoden suchen ihren Angriffspunkt am Uterus selbst.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle der Versuch von Rabenau.[1]) Er excidierte ca. 4 cm aus der vorderen Lippe bis fast zum Orific. intern. hin. Dadurch richtete sich der Uterus spontan auf, da die früher grössere und schwerere Vorderfläche kleiner und leichter geworden war. Der darauf entstehende Narbenzug zog jedoch den Fundus uteri in seine retroflectierte Stellung zurück und machte so die Operation illusorisch.

Eine andere derartige Operation stammt von Nicolétis.[2]) Derselbe amputierte supravaginal das collum uteri und zog durch Nähte den Stumpf so nach hinten, dass das corpus uteri nach vorn fallen musste. Erfahrungen über diese Methode liegen noch nicht vor.

Ein bei weitem grösseres Interesse, als die vorstehenden, hat eine von Schücking[3]) angegebene Operationsmethode erworben. Schücking sucht von der Scheide aus den Uterus nach vorn zu befestigen.

---

[1]) E. Fränkel: v. Rabenau, neue Methode der op. Beh. d. retrofl. Uterus. Berl. kl. Wochenschrift 86 No. 18.

[2]) Franz, Chir. Congr. Oct. 89 Tractement d. la rétroversion utérine.

[3]) Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 181—183.

Nachdem das Organ reponirt ist, wird in dasselbe ein gebogenes, sondenartiges Instrument, das eine cachirte Nadel mit Faden trägt, eingeführt; sodann wird das vordere Scheidengewölbe soweit als möglich emporgeschoben und dann — nachdem man sich überzeugt, dass keine Darmschlinge oder die Blase, welche nach rechts gedrängt in ihrer Lage durch einen eingeführten Katheter genau kontrollirt wird, dazwischen liegt — die Nadel durch die Uteruswand und die Scheidenwand möglichst hoch oben durchstochen; sodann wird der Faden aus der Nadel vorgezogen und schliesslich dieses Fadenende, nachdem die Nadel zurückgezogen, mit dem andern aus dem Muttermunde heraushängenden Ende geknotet. Der Uterus wird hierdurch in spitzwinkliger Anteflexionsstellung sozusagen immobilisirt und zwar unter gleichzeitiger Unterstützung der Lagerung durch ein Pessar. Durch die folgende seröse Verklebung wird dieser Zustand auch nach Herausnahme des Fadens ein dauernder. Um dies zu erreichen, muss der Faden jedoch 8—10 Wochen liegen bleiben. Dieser Art zu operiren wurden verschiedene Vorwürfe gemacht. Erstens scheute man sich, einen Faden, der seinen Weg von der Vagina in die Peritonealhöhle nimmt, 10 Wochen lang liegen zu lassen. Doch scheint diese Gefahr nicht so gross zu sein, denn Klotz[1]) hat 81-mal den Uterus so ligirt und keinen Todesfall und,

1) Centralbl. für Gyn. 1881 pag. 251.

abgesehen von einer Parametritis, keine Reaktion gehabt. Dann ist aber ferner selbst bei grösster Sorgfalt ein Anstechen der Blase oder einer sich andrängenden Darmschlinge zu befürchten. Ersteres ist Schücking selbst zweimal passiert. Wenn auch in diesen beiden Fällen durch geeignete Behandlung keine dauernde Störung eingetreten ist, so bleibt es doch ein höchst unliebsames Vorkommnis, das dem Patienten viel Unannehmlichkeit bereiten kann. Endlich ist die Operation ausgeschlossen bei hintern Adhaesionen, die durch das B. S. Schultze'sche Verfahren nicht gelöst werden können.

Immerhin verdient, wenn die letzte Kontraindication wegfällt und die Laparotomie verweigert wird, diese Operation grosse Beachtung zumal bei Frauen im zeugungsfähigen Alter. Denn Schücking berichtet von neun Fällen von 217 mit Erfolg operirten, wo nachträglich Conception und glatte Niederkunft eintrat. Ein Abort ist in keinem Falle vorgekommen. Letzteres erscheint auch nicht wunderbar, da die Richtigstellung vom Organ selbst ausgeht und dasselbe in beweglicher Stellung lässt. Dazu kommt noch die kurze Operationsdauer und der geringe Schmerz, die in vielen Fällen die Narkose entbehrlich machen. Endlich wird das Peritoneum nicht eröffnet, wodurch die Operation bedeutend ungefährlicher wird. Bestätigt werden diese Vorteile durch eine überaus grosse Anzahl von publizirten Fällen, wo der Erfolg ein recht guter war.

Das meiste praktische Interesse jedoch haben die Methoden erworben, welche die Retrodeviation des Uterus durch Annähen desselben an die vordere Bauchwand zu heilen suchten. Die Erfolge sind gute gewesen. Das Gefährliche derselben lag in der Eröffnung der Peritonealhöhle. Diesem Übel suchten Kelly[1]) und Kaltenbach[2]) zu entgehen. Kelly lässt ohne die Bauchhöhle zu eröffnen, den Uterus von der Scheide her fest gegen die vordere Bauchwand drücken. Darauf durchsticht er mit einer grossen Nadel denselben zugleich mit den Bauchdecken, knotet und fixiert ihn so an die vordere Bauchwand. Kaltenbach dagegen trennte in einem Falle, wo die Bauchdecken ungewöhnlich dünn waren, dieselben nur bis auf das Peritoneum, liess sich den Fundus entgegendrücken und nähte ihn sowohl an das Bauchfell, als auch durch Draht an das Periost der Synphyse. Der Erfolg war gut. Doch leiden diese Methoden an zwei Mängeln. Erstens weiss man nie, ob man nicht dazwischen gelagerte Darmschlingen mitfasst und zweitens lassen sie bei starken hintern Adhaesionen, die nach B. S. Schultze nicht zu lösen sind, im Stich.

Wohl oder übel entschlossen sich daher die meisten Gynaekologen, die zur Ventrofixation griffen, dieselbe intraperitoneal auszuführen, um einen tadellosen Erfolg zu erzielen. Schon 1878 schlug P.

1) New-York. Med. Journ. 1889,
2) Gyn. Lection zu Heidelberg. Sept. 89.

Müller dieses vor, ohne jedoch Anklang zu finden, da man sich allgemein scheute, einer Retroflexio wegen die Laparotomie zu machen. Dagegen bürgerte sich die Ventrofixation des Uterus bei Retroflexio ein als Nachoperation der Kastration, wie dies zuerst von Koeberle im Jahre 1877 ausgeführt wurde. Koeberle nähte die Stümpfe der Ovarien in die Bauchwunde ein und erzielte so eine normale Haltung der Gebärmutter. Die Ansichten der damaligen wissenschaftlichen Welt hierüber lassen sich am besten schliessen aus dem, was Sänger 1887 in der Aprilsitzung d. Ges. f. Geb. in Leipzig sagt:

„Ich möchte daher einer regelmässigen Ausführung dieser Operation in Anschluss an die Kastration das Wort reden in allen Fällen, wo zugleich „eine fixierte oder nicht fixierte Retroflexio uteri „besteht, deren Fortbestand man sonst zu fürchten „Grund hat."

In neuster Zeit ist man jedoch mit der Indikation der Ventrofixation bei Retrodeviatio uteri viel weiter gegangen und führt sie jetzt unbedenklich aus ohne Scheu vor der Laparotomie und zwar[1])

1) in Fällen von fixierter Retroflexio uteri, in denen die Beschwerden von der falschen Lage ausgehen und man begründete Aussicht hat durch Herbeiführung der Anteposition dieselben zu beseitigen.

2) in Fällen einfacher Retroversioflexio, in denen

[1]) H. A. Kelly. Hysterorrhaphy. Am. Journ. Med.-Science. Philadelphia. 1888, Nr. V.

man mit der Behandlung von der Scheide aus nicht zum Ziele kommt und man sicher ist, dass mit der Beseitigung der Lageveränderung auch die Beschwerden aufhören werden.

3) in Fällen von Retroversioflexio, in denen aus irgend einem Grunde eine Laparotomie gemacht wird, soll gleichzeitig die Lage des Uterus korrigiert werden, vorausgesetzt, dass Störungen von demselben ausgehen.

4) in Fällen von Prolapsus uteri, in denen die gewöhnlichen Operationen am Beckenboden ohne Erfolg geblieben sind.

Bei Ausführung der Ventrofixation haben sich namentlich zwei Methoden allgemein eingebürgert. Es sind dies die Olshausen-Sänger'sche und die Leopold'sche. Die erstere Methode ist eine indirekte Ventrofixation des Uterus durch die beiderseits auf Null verkürzten Lig. rot. Es werden nämlich nach Eröffnung der Bauchhöhle beiderseits die Lig. rot. und eine dicht am Uterus gelegene Partie der Lig. lat. mit je 3 Silkwormsuturen an die Bauchwand genäht. Diese Stellen der Bauchwand liegen etwas oberhalb der Symphyse jederseits einige cmcm von der Medianlinie entfernt. Zu vermeiden ist die Verletzung des Art. epigastr. inf., eventuell ist deren Unterbindung notwendig. Die Knotung soll erst nach Anlegen sämmtlicher Nähte erfolgen, nachdem man sich durch vorheriges Anziehen von dem Abstand zwischen Blase und Uterus überzeugt hat. Der Ab-

stand darf nicht zu gross sein, da sonst die Möglichkeit einer Darmeinklemmung gegeben wird. Bezüglich der Indikation ist ein Unterschied zu erwähnen, da Olshausen nur die fixierte, Sänger auch die mobile Retroflexio so behandelt.

Leopold[1]) dagegen legt mehrere Nähte zuerst durch den linken Wundrand, dann direkt quer durch die Muskulatur des Uterus, und zuletzt durch den rechten Wundrand heraus. Bevor er knotet, schärft er an den Nahtstellen den serösen Überzug des Uterus mit dem Messer auf. Nicht unwesentlich ist hierbei die Wahl des Nähmaterials. Während Katgut verhältnismässig wenig zu Adhaesionsbildung reizt und auch zu schnell resorbiert wird, wirken Seide, Silberdraht und Silkwormgut für unsern Zweck ausgezeichnet.

Die Vorzüge nun, die man der Olshausen-Sänger'schen Methode anrühmt, gegenüber der Leopold'schen, bestehen hauptsächlich darin, dass sie haltbarer ist und den Uterus vollkommen frei lässt. Ersteres wird durch die doppelseitige Anheftung und die in doppelter Anzahl angebrachten Suturen von nicht resorbirbarem Material garantiert. Dieselben bleiben ausserdem solange — 10 Wochen — liegen, bis die Adhäsionen kräftig und fest sind. Der letzte Punkt lässt dem Uterus grössere Beweglichkeit, sodass der Ausdehnung der Blase ein ge-

[1]) Leopold, Über d. Annähnng d. retrofl. Gebärmutter an die vord. Bauchwand. Centralbl. f. Gyn. 1888 p. 161—166.

ringer Widerstand gegeben ist. Besondere Empfehlung bietet ausserdem diese Methode bei gleichzeitiger Entfernung der Adnexa, indem die Stümpfe derselben durch ihre Verlötung mit der Bauchwand die Fixation verstärken helfen.

Erwähnt sei eine kleine Modifikation, deren J. Praeger in Chemnitz sich zweimal bedient hat. Um den Gebrauch von Pessaren als Stütze in der ersten Zeit entbehrlich zu machen, hatte er den Fundus uteri mit einem Katgutfaden an das Peritoneum der Wundränder angeschlossen, um zu verhindern, dass der Uteruskörper an den Fixationsstellen während der Zeit, wo Rückenlage im Bett eingehalten werden muss, zieht. Der Katgutfaden dient als provisorische Aufhängeschlinge.

Die Leopold'sche Methode hat ebenfalls eine grosse Reihe guter Erfolge für sich. Trotzdem die Nähte nur 14—16 Tage liegen, also die Entfernung sicher zu einer Zeit geschieht, wo die jungen Verwachsungen noch dehnbar sind, hat man immer noch den Uterus nach vorn gelagert gefunden, selbst nach einer Zeit von $^5/_4$ Jahren.

Statt wie Leopold mit Seide zu nähen, nimmt Cerny[1]) Katgut, doch ist dieses Material aus oben erwähntem Grunde zu verwerfen.

Ausser dieser unwesentlichen Modifikation sind noch einige andere aufgetaucht, so die von Klotz, Kelly und Boldt. Da Klotz[2]) mit dem Annähen

[1]) Beitr. z. kl. Chirurgie. Tübingen 1888/89. IV. p. 164—180.
[2]) Centralbl. für Gyn. 1888, XII. p. 69.

des Uterus an die Bauchwand keine genügenden Resultate erzielte, so legte er 4 Wochen lang einen Glasdrain in den Douglasschen Raum. Derselbe sollte vornehmlich den Zug durch neue Narben nach hinten paralysiren. Als weiteren Vorzug liess er gelten die Unmöglichkeit einer Ansammlung von Blut in der Peritonealhöhle und die Stütze, die der Uterus durch den Drain erhielt. Klotz ist selbst trotz einiger günstig verlaufenden Fällen von seiner Methode abgekommen und hat sich der Leopold'schen zugewandt.

Belly [2]) operirt in Fällen, wo der Uterus nicht vergrössert ist, nach Werth. Es wird der Uterus beiderseits durch Suturen, die durch die Insertion der Lig. rot. und dann durch die vordere, obere Partie der Blase gehen, nach vorn direkt auf die hintere Blasenwand festgeknotet. In den Fällen, wo der Uterus vergrössert ist, wählt er die Olshausen-Sängersche Methode. „Boldt [1]) fixirt durch eine analog den „Leopold'schen Suturen angelegte Naht den Uterus „nach vorn; während des Durchführens des Fadens „wird der Uterus mit einem scharfen Häckchen nach „vorn gehalten. Der Silkwormfaden wird nach einer „Woche durchschnitten und nach 2 Wochen entfernt. „Boldt hat in derartig operirten Fällen die wunder„bare Thatsache festgestellt, dass die antevertirte

[1]) Jahresber. über d. Fortschritte d. Geburtsh. u. Gyn. 1889. S. 450.

[2]) Belly, H. A. Hysterorrhaphy.

„Lage bestehen bleibt, ohne dass eine Fixation an der „Bauchwand zu Stande gekommen war, er bezeichnet „seine Operation wohl mit Recht als temporäre Sus- „pension.

Zum Schluss möchte ich noch einen Punkt berühren, der zu vielen Diskussionen Anlass gegeben hat. Als man die Ventrofixation zu machen begann, glaubten viele, dass danach eine normale Gravidität unmöglich und der Abort unausbleiblich sei. Doch war diese Ansicht falsch, denn es liegen jetzt schon eine kleine Reihe von Fällen vor, wo nach der Ventrofixation des Uterus Conception, Austragung und glatte Geburt der Frucht erfolgte. Sänger[1]) berichtet von 5 mit Erhaltung der Adnexa operirten zeugungsfähiger Personen. Bei einer war die Gelegenheit zu concipiren ausgeschlossen, so dass noch 4 bleiben. Von diesen sind 2 schwanger geworden. Die eine, eine Frau, abortirte zuerst im 6. Monat. Die Frucht war maceriert und entsprach ihrer Grösse nach einer solchen von drei Monaten, so dass vielleicht der Grund des Abortus in der Frucht zu suchen ist. Das Jahr darauf war die Frau wieder schwanger und wurde von einem toten Kinde entbunden. Das Kind war über die Zeit getragen und es bestand hochgradige Wehenschwäche, so dass in diesem Falle die Ventrofixation nicht wie man immer fürchtete, eine die Thätigkeit des Uterus erregende, sondern lähmende Wirkung hatte.

[1]) Centralbl. für Gyn. 1891. p. 305.

Olshausen berichtet über einen von Kaltenbach operirten Fall von Ventrofixation wegen Retroflexio-fixata, bei dem man ungestörte Schwangerschaft und normale Geburt verlaufen sah. Klotz[1]) sah unter 62 Fällen ventrofixirter Retroflexionen 2 normale Geburten mit nachfolgender normaler Lage des Uterus. Leopold[2]) verfügt über 8 Fälle von Ventrofixation mit Erhaltung gesunder Adnexe. 3 der Operirten machten normale Schwangerschaft und Geburt durch.

Routier[3]) hat 2 Fälle mit einer normalen Entbindung ohne Lösung der den Uterus antefixierenden Verwachsungen. Ferner berichtet Dr. Vlaccos (Metelini) in der Sitz. d. Soc. d. Chir. de Paris vom 10. XII. 90 über einen Fall von Schwangerschaft nach „Hystéropexie". Über 6 Fälle von „Hystéropexie abdominale", 2 davon mit Erhaltung der Adnexe berichtet Jacobs,[4]) von diesen befand sich eine am 3. Juni 1890 operierte, im Dezember 1890 im 2ten Monat ungestörter Schwangerschaft. Hierzu kommt endlich ein von Gottschalck[5]) mitgeteilter Fall, wo eine am 10. XI. 89 operierte Frau im Oktober 90 concipiert und den 3. Januar 91 abortiert.

Wir sehen also in angeführten 82 Fällen 9mal

[3]) Tracté de Gynecologie p. 504.

[4]) Bull. et Mém. de la Soc Obstétr. et Gyn. de Paris, Dez. 1891 p. 33.

[5]) Centralbl. für Gyn. 1891 No. 8.

[1]) Verz. d. Ges. für Gebh. zu Dresden. C. f. Gyn. 1891 No .4.

[2]) Deutsche med. Wochenschrift No. 5.

Schwangerschaft und Niederkunft ohne Störung eintreten, ein gewiss sehr gutes Resultat bei der noch kurzen Beobachtungsdauer. Sänger sieht darin nichts wunderbares. „Bleibt nur der Uterus selbst frei von der Ventrofixation, so kann er sich ungestörter ausdehnen.“ Dass er durch die Anheftungsstellen daran nicht gehindert wird, hat seinen Grund in 3 Punkten. Sänger behauptet nämlich, dass erstens sich der Uterus unmittelbar nach vollendeter Annähung, später aber immer mehr von der vorderen Bauchwand entferne und thatsächlich wieder innerhalb des Kleinbeckens seine Lage nehmen könne. Dass zweitens schon vor eintretender Schwangerschaft die Adhäsionen strangartig ausgezogen seien. Eine weitere Ausziehung erfolge durch den allmählich in die Höhe wachsenden schwangeren Uterus, unterstützt durch die Nachgiebigkeit der an der allgemeinen Auflockerung teilnehmenden Adhaesionen. Sänger redet so das Wort der Ventrofixatio uteri, welche ausgeht von der Anheftung der seitlichen Ligamente und den Uterus frei lässt. Ist die Beseitigung der Adnese nötig, so rät auch er zur Anwendung der bequemeren, direkten Fixation nach Leopold.

„Es hat sich also ergeben, dass die Ventrofixation nicht bloss die Netrodeviation des Uterus am sichersten beseitigt, die damit verbundenen Beschwerden heilt, die Patienten des lästigen Pessartragens enthebt, sondern auch bei Erhaltung der Adnexe Conception, normale Schwangerschaft und

Geburt nicht zu stören braucht und das Puerperium ohne Recidiv überdauert." Wir haben somit ein neues sicheres und zuverlässiges Verfahren bekommen, welches den Arzt bei Fällen extremster Retrodeviation nicht im Stich lässt.

Es mag mir nun verstattet sein, vorstehendes zu illustrieren durch einen Fall, welcher in der Greifswalder Universitäts-Frauenklinik von Herrn Geheim-Rat Pernice operiert wurde und den derselbe mir gütigst zugewiesen hat.

Die Patientin ist eine 34 Jahre alte verheiratete Frau. Als Kind will dieselbe stets gesund gewesen sein. Die Menses traten im 15. Jahre ein und verliefen regelmässig. Seit ihrem 19. Jahre begannen sich bei ihr regelmässig Kreuzschmerzen einzustellen. Sie heiratete mit 26 Jahren und hatte drei normale Geburten. In der zweiten und dritten Schwangerschaft litt Patientin sehr an Druck nach unten und an dem Gefühl, als fiele ihr der Leib aus den Geschlechtsteilen. Das erste Wochenbett verlief fehlerhaft, es steigerte die Kreuzschmerzen bis zur Unerträglichkeit. Die beiden andern Wochenbetten verliefen normal, abgesehen von den stets vorhandenen Kreuzschmerzen. Die letzte Geburt war 1887. Von derselben bis zum Januar 1888 verlief die Regel wieder normal. Im Januar 1888 wurde dieselbe jedoch — nach Behauptung der Patientin im unmittelbaren Anschluss an eine ärztliche Manipulation — unregelmässig. Es stellten sich irreguläre Blutungen,

verbunden mit kolikartigen Schmerzen ein. Durch diese heftigen Blutungen war der Kräftezustand und das subjektive Befinden der Patientin allmählig ein ausserordentlich schlechteres geworden. Im April dieses Jahres wurde in hiesiger Klinik eine Auskratzung der Gebärmutter mit nachfolgender Ausspülung gemacht.

Diese Therapie blieb in Bezug auf die Blutungen erfolglos. Die Kreuzschmerzen bestanden immer in gleicher Heftigkeit. Bei der am 18. VI. 91 vorgenommenen Untersuchung zeigt sich die Patientin als eine zarte, magere Frau von blasser Farbe. Der Appetit ist mässig, der Stuhl stark angehalten. Die Urinabsonderung ist normal. Die Patientin klagt über die oben geschilderten Beschwerden. Bei der bimanuellen Untersuchung erweist sich die Scheide als mässig weit. Die Portio ist nach vorn gerichtet. Der Uterus liegt völlig retroflektiert im Douglas. Die Betastung ist ungemein schmerzhaft. Der Uterus ist fast unbeweglich fixiert.

Da die Versuche, den Uterus bimanuell zu lösen und aufzurichten erfolglos bleiben, so wird zur Ventrofixation geschritten.

Am 29. VI. 91 werden durch einen circa 12 cm. langen Hautschnitt die Bauchdecken getrennt und der Peritonealraum eröffnet. Der Uterus liegt völlig retroflektiert, etwas links und ist mit seiner Nachbarschaft durch viele strangartige Adhäsionen verwachsen. Es gelingt jedoch leicht, ohne eine Blutung hervorzurufen, dieselben stumpf zu trennen und den

Uterus in Anteflexion zu bringen. Ebenso zeigen sich auch beide Eierstöcke eingebettet in entzündliche Verwachsungen, die Tuben sind etwas verdickt. Nachdem die Ovarien gelockert und hervorgezogen sind werden sie beide mit doppelten festen Seidenligaturen abgebunden und mit der Scheere abgetragen. Sodann wird der Fundus uteri mit drei Seidennähten an der vordern Bauchwand fixiert. Nach Ausputzen der Bauchhöhle wird das Peritoneum durch eine fortlaufende Seidennaht geschossen. Die Bauchwunde schliesst eine Knopfnaht. Der Verband ist ein trockner Jodoformverband mit Heftpflaster.

In den ersten 8 Tagen nach der Operation besteht ein blutig gefärbter Ausfluss. Ebenso bestehen Unterleibsschmerzen, die jedoch, nachdem am 6. Tage Stuhlgang erfolgt ist, verschwinden. Am 11. Tage werden die Nadeln entfernt. Die Heilung der Wunde ist prima intentione erfolgt. Am 16. Tage steht Patientin zum ersten Mal auf. Es treten bei Bewegungen Schmerzen in der Unterbauchgegend auf, sobald die Patientin das Bett verlässt. Doch lassen sie allmählich nach. Der blutige Ausfluss ist gänzlich verschwunden. Von seiten der Blase hat nie eine Beschwerde nach der Operation bestanden. Da sich der Appetit der Patientin stetig gebessert hat, so ist das Aussehen derselben bei ihrer Entlassung, die am 9. VIII. 91 erfolgt, ein leidliches. Der Uterus war noch in normaler Stellung fixiert, die früher bestehenden Beschwerden sind geschwunden. Die einzige Klage

der abgehenden Patientin besteht darin, dass sie ohne Abführmittel keinen Stuhlgang hat. Es werden ihr hiergegen kalte Einläufe verordnet.

Wir sehen also auch in diesem Falle beinahe unerträgliche Zustände durch die Ventrofixation mit einem Schlage verschwinden, ohne dass die der Operation zum Vorwurf gemachten Nachteile eintreten. Die einzige Beschwerde, die in diesem Falle aus der Operation resultierte, waren die Unterleibsschmerzen kurz nach dem ersten Aufstehen. Doch waren sie gering und schwanden nach ganz kurzer Zeit. Besonders aber fehlten die von den Gegnern der Operation so oft prophezeiten, aber beinahe noch nie eingetretenen Blasenbeschwerden. Die Blase wird jedenfalls bei Behinderung ihrer Excursion nach oben zu beiden Seiten ausweichen.

Zum Schluss sei es mir verstattet, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Pernice für die liebenswürdige Überweisung der Arbeit meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Johannes, Eduard, August, Paul Kleemann, Sohn des Kgl. Ökonomierats und Rittergutsbesitzers Camillo Kleemann zu Mauderode, wurde geboren am 13. Oktober 1865 auf der Domaine Numburg. Meine Schulbildung bekam ich auf dem Gymnasium in Nordhausen, welches ich Ostern 1886 mit dem Reifezeugniss verliess. Darauf studierte ich in Greifswald, München und Berlin Medizin. Am 1. Mai 1891 vollendete ich das Staatsexamen, am 28. Juli 1891 bestand ich das Examen rigorosum. Während meiner Studienzeit besuchte ich die Vorlesungen folgender Herren Professoren und Dozenten, denen ich an dieser Stelle meinen aufrichtigsten Dank sage:

Greifswald:

Geh. Rath Budge, Prof. Gerstäcker, Prof. Landois, Geh. Rath Limpricht, Prof. Oberbeck, Prof. Sommer, Prof. Solger.

München:

Prof. Angerer, Prof. Bauer, Prof. Bollinger, Dr. Messerer, Geh. Rath v. Rothmund, Geh. Rath v. Ziemssen.

Berlin:

Geh. Rath v. Bardeleben, Geh. Rath Gerhard, Prof. Gusserow.

Greifswald:

Prof. Arndt, Prof. Grawitz, Prof. Helferich, Prof. Löffler, Geh. Rath Mosler, Dr. Peiper, Geh. Rath Pernice, Prof. v. Preuschen, Geh. Rath Schirmer, Prof. Schulz.

Thesen.

I.

Bei Aborten, besonders wiederholten, ist, auch in der feinsten Privatpraxis nicht, nicht auf mechanische Ursachen bei der Frau, sondern auf Syphylis des Mannes zu fahnden.

II.

Die Ventrofixatio uteri nach Olshausen-Sänger ist einer normalen Schwangerschaft nicht hinderlich.

III.

Bei hochstehendem Contraktionsring ist die Wendung nicht einmal zu versuchen.